

## DÉCLARATIONS DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Notice d'utilisation à détacher

**Madame, Monsieur,**

Votre médecin vient de constater une altération de votre état de santé qu'il estime avoir été causée par les différents travaux que vous avez été amené(e) à effectuer au cours de votre carrière professionnelle.

Afin que votre situation puisse être examinée par la caisse de Mutualité sociale agricole dont vous dépendez, il convient que vous lui adressiez le plus rapidement possible et **au plus tard dans les 15 jours suivant votre arrêt de travail** (si votre état de santé justifie un tel arrêt) :

- les **4 premiers volets** (dûment complétés) de cette déclaration (vous conservez le dernier feuillet),
- les **2 premiers volets du certificat médical** établi par votre médecin, s'il ne procède pas lui-même à cet envoi,
- le cas échéant, s'il y a arrêt de travail, **l'attestation de salaire** remplie par votre dernier employeur.

### MALADIES D'ORIGINE PROFESSIONNELLE

(article L. 751-7 du Code rural et de la pêche maritime L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale)

- 1** - Il s'agit, tout d'abord, des maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles et contractées dans les conditions prévues à ces tableaux ([article L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale alinéas 1 et 2](#)).
- 2** - Cependant, peuvent également être reconnues comme étant d'origine professionnelle après examen du Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP), les maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles lorsqu'elles sont directement causées par le travail habituel et ceci en l'absence d'une ou plusieurs conditions prévues à ces mêmes tableaux (délais de prise en charge, durée d'exposition, liste limitative des travaux) ([Cf article L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale alinéa 3](#)).
- 3** - Une maladie caractérisée, ne figurant pas aux tableaux des maladies professionnelles, peut être également reconnue d'origine professionnelle, s'il est établi, par le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel et si elle entraîne le décès ou une incapacité permanente au moins égale à 25% ([article L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale alinéa 4](#)).

Aux termes de l'article 313-25° du code pénal, sont qualifiées d'escroquerie et punissables de peines de sept ans d'emprisonnement et de 750 000 euros d'amende les fraudes commises au préjudice d'un organisme de protection sociale pour l'obtention d'une allocation, d'un paiement ou d'un avantage indu (portées à dix ans d'emprisonnement et à 1 000 000 euros d'amende lorsque l'escroquerie est commise en bande organisée).  
Par ailleurs, l'article 441-6 2ème alinéa du même code sanctionne de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende la fourniture volontaire d'une fausse déclaration ou d'une déclaration incomplète pour obtenir d'un organisme de protection sociale un paiement d'un avantage indu.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire

Première demande

OUI

NON

Si non, date de la 1<sup>ère</sup> la demande : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME**

N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_ A défaut date et lieu de naissance \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_ Sexe <sup>(1)</sup> :  F  M

Prénoms : \_\_\_\_\_  Française

Adresse : \_\_\_\_\_ Nationalité <sup>(1)</sup> :  E.E.E.  Autre

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Date d'embauche : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Qualification professionnelle : \_\_\_\_\_ Activité exposant au risque : \_\_\_\_\_ Depuis quand cette activité est exercée : \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> Cocher la case correspondante

**DERNIER EMPLOYEUR**

Nom de famille, prénom : \_\_\_\_\_ n° d'adhérent \_\_\_\_\_  
ou  
Dénomination : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Nature de l'activité : \_\_\_\_\_

Si l'employeur exerce plusieurs activités, indiquez celle dans laquelle vous étiez employé(e) : \_\_\_\_\_

**NATURE DE LA OU DES MALADIE(S) BILATÉRALE(S) OU NON**

Le soussigné(e) déclare être atteint(e) (ou que la victime est atteinte) de <sup>(2)</sup> :

**1<sup>ère</sup> maladie professionnelle**

**2<sup>ème</sup> maladie professionnelle**

**3<sup>ème</sup> maladie professionnelle**

Nom de la 1 <sup>ère</sup> maladie <sup>(2)</sup> Se reporter à la notice d'utilisation	Nom de la 2 <sup>ème</sup> maladie	Nom de la 3 <sup>ème</sup> maladie
_____	_____	_____
Date de la constatation médicale _____	Date de la constatation médicale _____	Date de la constatation médicale _____
<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail	<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail	<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail
<input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès
<b>RÉSERVÉ MSA Service Administratif</b>	<b>RÉSERVÉ MSA Service Administratif</b>	<b>RÉSERVÉ MSA Service Administratif</b>
Catégorie de risque : _____ Qualification professionnelle : _____ Code qualité : _____	Catégorie de risque : _____ Qualification professionnelle : _____ Code qualité : _____	Catégorie de risque : _____ Qualification professionnelle : _____ Code qualité : _____
Code individualisation : _____ Effectif théorique : _____	Code individualisation : _____ Effectif théorique : _____	Code individualisation : _____ Effectif théorique : _____
Contrat de prévention : _____	Contrat de prévention : _____	Contrat de prévention : _____
Date de début _____ Date de fin _____	Date de début _____ Date de fin _____	Date de début _____ Date de fin _____
Profession de la victime : _____	Profession de la victime : _____	Profession de la victime : _____
Type de M.P. : _____ Code tableau M.P. : _____	Type de M.P. : _____ Code tableau M.P. : _____	Type de M.P. : _____ Code tableau M.P. : _____
Code syndrome : _____ Code agent causal : _____	Code syndrome : _____ Code agent causal : _____	Code syndrome : _____ Code agent causal : _____
Nombre total d'années d'exposition : _____ (-1 an = 01)	Nombre total d'années d'exposition : _____ (-1 an = 01)	Nombre total d'années d'exposition : _____ (-1 an = 01)

**DURÉE D'EXPOSITION**

Indiquez la ou les activités salariées agricoles qui vous ont exposé au risque de la maladie pour laquelle vous remplissez cette déclaration (3) :

Nom et adresse des employeurs	Poste occupé	Indiquez le début de la période de ces travaux	Si vous avez cessé d'exercer ces travaux, indiquez depuis cette date
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

<sup>(3)</sup> Joindre autant que possible la copie des certificats de travail correspondant à ces emplois

**PIÈCES À JOINDRE**

Certificat médical en double exemplaire  Attestation de salaire établie par le dernier employeur

**DÉCLARANT**

Si le déclarant n'est pas la victime, nom de Famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) et qualité du déclarant :

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Première demande  OUI  NON Si non, date de la 1<sup>ère</sup> la demande : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME**

N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_ A défaut date et lieu de naissance \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_ Sexe <sup>(1)</sup> :  F  M

Prénoms : \_\_\_\_\_  Française

Adresse : \_\_\_\_\_ Nationalité <sup>(1)</sup> :  E.E.E.  Autre

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Date d'embauche : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Qualification professionnelle : \_\_\_\_\_ Activité exposant au risque : \_\_\_\_\_ Depuis quand cette activité est exercée : \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> Cocher la case correspondante

**DERNIER EMPLOYEUR**

Nom de famille, prénom : \_\_\_\_\_ n° d'adhérent \_\_\_\_\_  
ou  
Dénomination : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Nature de l'activité : \_\_\_\_\_

Si l'employeur exerce plusieurs activités, indiquez celle dans laquelle vous étiez employé(e) : \_\_\_\_\_

**NATURE DE LA OU DES MALADIE(S) BILATÉRALE(S) OU NON**

Le soussigné(e) déclare être atteint(e) (ou que la victime est atteinte) de <sup>(2)</sup> :

**1<sup>ère</sup> maladie professionnelle**

**2<sup>ème</sup> maladie professionnelle**

**3<sup>ème</sup> maladie professionnelle**

Nom de la 1 <sup>ère</sup> maladie <sup>(2)</sup> Se reporter à la notice d'utilisation	Nom de la 2 <sup>ème</sup> maladie	Nom de la 3 <sup>ème</sup> maladie
_____	_____	_____
Date de la constatation médicale _____	Date de la constatation médicale _____	Date de la constatation médicale _____
<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail	<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail	<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail
<input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès
<b>RÉSERVÉ MSA Service Administratif</b>	<b>RÉSERVÉ MSA Service Administratif</b>	<b>RÉSERVÉ MSA Service Administratif</b>
Catégorie de risque : _____ Qualification professionnelle : _____ Code qualité : _____	Catégorie de risque : _____ Qualification professionnelle : _____ Code qualité : _____	Catégorie de risque : _____ Qualification professionnelle : _____ Code qualité : _____
Code individualisation : _____ Effectif théorique : _____	Code individualisation : _____ Effectif théorique : _____	Code individualisation : _____ Effectif théorique : _____
Contrat de prévention : _____	Contrat de prévention : _____	Contrat de prévention : _____
Date de début _____ Date de fin _____	Date de début _____ Date de fin _____	Date de début _____ Date de fin _____
Profession de la victime : _____	Profession de la victime : _____	Profession de la victime : _____
Type de M.P. : _____ Code tableau M.P. : _____	Type de M.P. : _____ Code tableau M.P. : _____	Type de M.P. : _____ Code tableau M.P. : _____
Code syndrome : _____ Code agent causal : _____	Code syndrome : _____ Code agent causal : _____	Code syndrome : _____ Code agent causal : _____
Nombre total d'années d'exposition : _____ (-1 an = 01)	Nombre total d'années d'exposition : _____ (-1 an = 01)	Nombre total d'années d'exposition : _____ (-1 an = 01)

**DURÉE D'EXPOSITION**

Indiquez la ou les activités salariées agricoles qui vous ont exposé au risque de la maladie pour laquelle vous remplissez cette déclaration (3) :

Nom et adresse des employeurs	Poste occupé	Indiquez le début de la période de ces travaux	Si vous avez cessé d'exercer ces travaux, indiquez depuis cette date
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

<sup>(3)</sup> Joindre autant que possible la copie des certificats de travail correspondant à ces emplois

**PIÈCES À JOINDRE**

Certificat médical en double exemplaire  Attestation de salaire établie par le dernier employeur

**DÉCLARANT**

Si le déclarant n'est pas la victime, nom de Famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) et qualité du déclarant :

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Première demande

OUI

NON

Si non, date de la 1<sup>ère</sup> la demande : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME**

N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_ A défaut date et lieu de naissance \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_ Sexe <sup>(1)</sup> :  F  M

Prénoms : \_\_\_\_\_  Française

Adresse : \_\_\_\_\_ Nationalité <sup>(1)</sup> :  E.E.E.  Autre

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Date d'embauche : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Qualification professionnelle : \_\_\_\_\_ Activité exposant au risque : \_\_\_\_\_ Depuis quand cette activité est exercée : \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> Cocher la case correspondante

**DERNIER EMPLOYEUR**

Nom de famille, prénom : \_\_\_\_\_ n° d'adhérent \_\_\_\_\_  
ou  
Dénomination : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Nature de l'activité : \_\_\_\_\_

Si l'employeur exerce plusieurs activités, indiquez celle dans laquelle vous étiez employé(e) : \_\_\_\_\_

**NATURE DE LA OU DES MALADIE(S) BILATÉRALE(S) OU NON**

Le soussigné(e) déclare être atteint(e) (ou que la victime est atteinte) de <sup>(2)</sup> :

**1<sup>ère</sup> maladie professionnelle**

**2<sup>ème</sup> maladie professionnelle**

**3<sup>ème</sup> maladie professionnelle**

Nom de la 1 <sup>ère</sup> maladie <sup>(2)</sup> Se reporter à la notice d'utilisation	Nom de la 2 <sup>ème</sup> maladie	Nom de la 3 <sup>ème</sup> maladie
_____	_____	_____
Date de la constatation médicale _____	Date de la constatation médicale _____	Date de la constatation médicale _____
<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail	<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail	<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail
<input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès
<b>RÉSERVÉ MSA Service Administratif</b>	<b>RÉSERVÉ MSA Service Administratif</b>	<b>RÉSERVÉ MSA Service Administratif</b>
Catégorie de risque : _____ Qualification professionnelle : _____ Code qualité : _____	Catégorie de risque : _____ Qualification professionnelle : _____ Code qualité : _____	Catégorie de risque : _____ Qualification professionnelle : _____ Code qualité : _____
Code individualisation : _____ Effectif théorique : _____	Code individualisation : _____ Effectif théorique : _____	Code individualisation : _____ Effectif théorique : _____
Contrat de prévention : _____	Contrat de prévention : _____	Contrat de prévention : _____
Date de début _____ Date de fin _____	Date de début _____ Date de fin _____	Date de début _____ Date de fin _____
Profession de la victime : _____	Profession de la victime : _____	Profession de la victime : _____
Type de M.P. : _____ Code tableau M.P. : _____	Type de M.P. : _____ Code tableau M.P. : _____	Type de M.P. : _____ Code tableau M.P. : _____
Code syndrome : _____ Code agent causal : _____	Code syndrome : _____ Code agent causal : _____	Code syndrome : _____ Code agent causal : _____
Nombre total d'années d'exposition : _____ (-1 an = 01)	Nombre total d'années d'exposition : _____ (-1 an = 01)	Nombre total d'années d'exposition : _____ (-1 an = 01)

**DURÉE D'EXPOSITION**

Indiquez la ou les activités salariées agricoles qui vous ont exposé au risque de la maladie pour laquelle vous remplissez cette déclaration (3) :

Nom et adresse des employeurs	Poste occupé	Indiquez le début de la période de ces travaux	Si vous avez cessé d'exercer ces travaux, indiquez depuis cette date
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

<sup>(3)</sup> Joindre autant que possible la copie des certificats de travail correspondant à ces emplois

**PIÈCES À JOINDRE**

Certificat médical en double exemplaire  Attestation de salaire établie par le dernier employeur

**DÉCLARANT**

Si le déclarant n'est pas la victime, nom de Famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) et qualité du déclarant :

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature :

\_\_\_\_\_

Première demande

OUI

NON

Si non, date de la 1<sup>ère</sup> la demande : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS CONCERNANT LA VICTIME**

N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_ A défaut date et lieu de naissance \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Nom de famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_ Sexe <sup>(1)</sup> :  F  M

Prénoms : \_\_\_\_\_  Française

Adresse : \_\_\_\_\_ Nationalité <sup>(1)</sup> :  E.E.E.  Autre

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Date d'embauche : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Qualification professionnelle : \_\_\_\_\_ Activité exposant au risque : \_\_\_\_\_ Depuis quand cette activité est exercée : \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> Cocher la case correspondante

**DERNIER EMPLOYEUR**

Nom de famille, prénom : \_\_\_\_\_ n° d'adhérent \_\_\_\_\_  
ou  
Dénomination : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Nature de l'activité : \_\_\_\_\_

Si l'employeur exerce plusieurs activités, indiquez celle dans laquelle vous étiez employé(e) : \_\_\_\_\_

**NATURE DE LA OU DES MALADIE(S) BILATÉRALE(S) OU NON**

Le soussigné(e) déclare être atteint(e) (ou que la victime est atteinte) de <sup>(2)</sup> :

**1<sup>ère</sup> maladie professionnelle**

**2<sup>ème</sup> maladie professionnelle**

**3<sup>ème</sup> maladie professionnelle**

Nom de la 1 <sup>ère</sup> maladie <sup>(2)</sup> Se reporter à la notice d'utilisation	Nom de la 2 <sup>ème</sup> maladie	Nom de la 3 <sup>ème</sup> maladie
_____	_____	_____
Date de la constatation médicale _____	Date de la constatation médicale _____	Date de la constatation médicale _____
<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail	<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail	<input type="checkbox"/> sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> avec arrêt de travail
<input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> décès
<b>RÉSERVÉ MSA Service Administratif</b>	<b>RÉSERVÉ MSA Service Administratif</b>	<b>RÉSERVÉ MSA Service Administratif</b>
Catégorie de risque : _____ Qualification professionnelle : _____ Code qualité : _____	Catégorie de risque : _____ Qualification professionnelle : _____ Code qualité : _____	Catégorie de risque : _____ Qualification professionnelle : _____ Code qualité : _____
Code individualisation : _____ Effectif théorique : _____	Code individualisation : _____ Effectif théorique : _____	Code individualisation : _____ Effectif théorique : _____
Contrat de prévention : _____	Contrat de prévention : _____	Contrat de prévention : _____
Date de début _____ Date de fin _____	Date de début _____ Date de fin _____	Date de début _____ Date de fin _____
Profession de la victime : _____	Profession de la victime : _____	Profession de la victime : _____
Type de M.P. : _____ Code tableau M.P. : _____	Type de M.P. : _____ Code tableau M.P. : _____	Type de M.P. : _____ Code tableau M.P. : _____
Code syndrome : _____ Code agent causal : _____	Code syndrome : _____ Code agent causal : _____	Code syndrome : _____ Code agent causal : _____
Nombre total d'années d'exposition : _____ (-1 an = 01)	Nombre total d'années d'exposition : _____ (-1 an = 01)	Nombre total d'années d'exposition : _____ (-1 an = 01)

**DURÉE D'EXPOSITION**

Indiquez la ou les activités salariées agricoles qui vous ont exposé au risque de la maladie pour laquelle vous remplissez cette déclaration (3) :

Nom et adresse des employeurs	Poste occupé	Indiquez le début de la période de ces travaux	Si vous avez cessé d'exercer ces travaux, indiquez depuis cette date
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

<sup>(3)</sup> Joindre autant que possible la copie des certificats de travail correspondant à ces emplois

**PIÈCES À JOINDRE**

Certificat médical en double exemplaire  Attestation de salaire établie par le dernier employeur

**DÉCLARANT**

Si le déclarant n'est pas la victime, nom de Famille suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) et qualité du déclarant :

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature :

\_\_\_\_\_